

施設療養情報提供書

平成 年 月 日

介護老人保健施設 港さつき苑

施設長殿

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

印

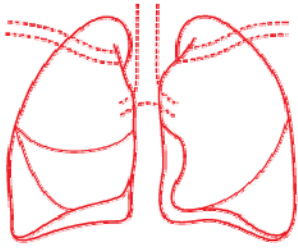
利用者	フリガナ		男・女
	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
紹介目的	要介護度:要支援(1・2)・1・2・3・4・5・申請中		
	自立度(障害):自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	自立度(認知):自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
傷病名			
3ヶ月以内の退院・退所日		平成 年 月 日	医療機関施設名()
病状経過及び治療経過			
処方内容			
既往歴	治療食 : あり・なし		
	(治療食内容)		
	薬剤・食物アレルギー : あり・なし		
	(薬剤名・食物名)		
		他科(眼科・精神科・整形外科・皮膚科)などの受診状況	
医学的情報	経管栄養 : あり・なし (鼻腔・胃瘻)	喘息・呼吸困難: あり・時にあり・なし	
	点滴 : あり・なし	慢性的便秘: あり・なし	
	インスリン注射 : あり・なし (u)	排尿状態	
	留置カテーテル : あり・なし	夜間頻尿 : あり・なし	
	ストーマ : あり・なし	失禁 : あり・なし	
	喀痰吸引 : あり・なし (回/ 時間)	疼痛の訴え: あり・なし	
	酸素療法 : あり・なし (l)	褥瘡 : あり(部位) ・なし	
	ペースメーカー : あり・なし	特記事項	
	痲癢・失神発作 : あり・時にあり・なし		

[お願い]

当施設利用のお申込みをいただきましたご利用者様に関しての心身状況把握のため、情報提供書の作成を宜しくお願い致します。検査データにつきましては詳細の把握をさせて頂いておりますので、添付可能なデータがございましたら添付をお願い致します。なお、**検査データの有効期間は、検査より3ヶ月以内**となっておりますのでご注意ください。

ご多忙のところ大変恐縮ではございますが、ご協力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

※臨床検査所見は、検査データコピーの添付がございましたら、ご記入は必要ありません。

身体及び精神面に関する事項	(身長) cm (体重) kg	(認知症) あり (軽度・中度・重度) ・ なし
	(血圧) / mmHg	(暴言・暴力) あり ・ なし
	(麻痺) あり (右・左 : 上肢・下肢) / なし	(放尿) あり ・ なし
	(関節拘縮) あり (肩・肘・手・股・膝・足) / なし	(弄便) あり ・ なし
	(言語障害) あり ・ なし	(声出し) あり (全日・昼間・夜間) ・ なし
	(嚥下障害) あり ・ なし	(徘徊) あり ・ なし
	(難聴) あり (右・左) / なし	(異食) あり ・ なし
	(視力低下) あり ・ なし	(盗食) あり ・ なし
	(意思の疎通) 可能 ・ 不可能	
	(精神症状) あり (症状) / なし	
1. 血液検査 (実施日: 年 月)		
RBC	万/μℓ	TP g/dℓ
Hb	g/dℓ	ALB g/dℓ
Ht	%	BUN mg/dℓ
WBC	/μℓ	CRE mg/dℓ
PLT	万/μℓ	UA mg/dℓ
AST(GOT)	IU/ℓ	Na mEq/ℓ
ALT(GPT)	IU/ℓ	K mEq/ℓ
ALP	IU/ℓ	Cl mEq/ℓ
γ-GTP	IU/ℓ	T-cho mg/dℓ
		※1 HbA1C %
		※2 PT-INR
		※1は糖尿病の診断を受けている方のみ
		※2はワーファリンを服用されている方のみ
2. 尿定性 (実施日: 年 月 日)		
蛋白 : + ・ ± ・ -	糖 : + ・ ± ・ -	潜血 : + ・ ± ・ -
3. 感染症検査 (実施日: 年 月)		
HBs抗原 : + ・ -	HCV抗体 : + ・ -	TPHA : + ・ -
MRSA : + ・ - ・ 不明 (部位:)	疥癬 : + ・ - ・ 不明	
胸部 X 線所見	撮影年月日: 年 月 日 CTR %	実施年月日: 年 月 日
		心電図所見
		異常: あり ・ なし
		不整脈: あり ・ なし